



(1)

Tout sur la gestion des risques médicaux
et la sécurité du patient

Recherche

Actualités et revues
de presse
(/Actualites-
et-revues-
de-presse)

Cas cliniques et
retours
d'expérience (/Cas-
clinique-et-retours-
d-experience)

Revues de
questions
thématiques
(/Revues-
de-question-
thematique)

Médiathèque
(/Mediatheque)

Chiffres et
Méthodes de
prévention
(/Chiffres-
et-Methodes-
de-prevention)

🏠 (/) > Cas cliniques et retours d'expérience (/Cas-clinique-et-retours-d-experience)
> Tous les cas cliniques (/Cas-clinique-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques)
> Médecin (/Cas-clinique-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Medecin)
> Diagnostic d'appendicite aiguë fait par le généraliste et confirmé par l'urgentiste : décès par méningite

Diagnostic d'appendicite aiguë fait par le généraliste et confirmé par l'urgentiste : décès par méningite

A- A+ 3+ () (https://www.facebook.com/sharer.php) () (pdf/2331)

0 Commentaire

Deux erreurs de diagnostic aux conséquences dramatiques.
L'attention des deux praticiens s'était focalisée sur les douleurs
abdominales et les vomissements. Or, il existait déjà à ce stade
des symptômes de méningite... Qui est responsable ?

I Médecin

Sommaire

Cas clinique
Analyse
Jugement

Auteur : Christian SICOT / MAJ : 03/09/2015

Cas clinique

Le 17 janvier 2007, au soir, une jeune fille de 17 ans se plaint de douleurs abdominales accompagnées de nausées et de céphalées. La température n'est pas prise.

Vers 22h30, elle dit ressentir des tremblements (frissons ?) et des douleurs diffuses. Sa mère lui donne un comprimé à 1g de Paracétamol®.

Le lendemain, à 08h30, elle appelle le médecin de famille et lui décrit les symptômes de sa fille. Celui-ci lui répond qu'il passera dans l'après-midi et lui conseille l'administration, à nouveau, d'un gramme de Paracétamol® tout en ajoutant qu'il pouvait s'agir d'une appendicite et qu'en cas d'aggravation, il fallait emmener sa fille aux urgences.

A 12h30, celle-ci se lève mais refuse de s'alimenter.

A 14h00, elle se recouche.

A 16h30, sa mère est alertée par les cris de sa fille qui était agitée et se plaignait de douleurs diffuses. Le médecin, alerté, promet de venir dès la fin de ses consultations.

A 17h45, le médecin arrive au domicile et constate que : « (...) la patiente se plaignait de douleurs abdominales et de vomissements. La température était de 38 7°C .La FID était douloureuse à la pression (...) ». Il diagnostique une appendicite et adresse la patiente avec une lettre aux urgences du centre hospitalier proche de son domicile. Ultérieurement, il précisera qu'il n'avait pas recherché de raideur de la nuque mais qu'au cours de son examen, la patiente avait répondu à son téléphone et qu'elle pouvait mobiliser ses quatre membres et s'asseoir.

A 18h30, elle est examinée par l'urgentiste de garde qui, à la suite de son examen clinique, conclut à une

appendicite. La température est à 37° 3 C. La NFS montre une hyperleucocytose à 22 800/mm³ dont 80 % de polynucléaires neutrophiles. La CRP est à 160 mg/l. La bandelette élimine une infection urinaire et le test de grossesse est négatif. Dans le dossier d'admission, il est précisé que la patiente a été admise pour un syndrome abdominal aigu, qu'il existe une douleur de l'hypochondre droit et un psôitis. L'observation ne mentionne pas de résultat d'un examen général, ni neurologique. Lors de l'expertise, l'urgentiste dit avoir procédé à la recherche de signes méningés et n'avoir rien constaté d'anormal. Ces affirmations sont violemment réfutées par la famille qui insiste, en outre, sur l'asthénie de la patiente, incapable de se déplacer seule et qui a dû être portée jusqu'aux toilettes.

L'urgentiste appelle le service de chirurgie mais, en raison de l'absence de place, il décide le transfert de la patiente dans la clinique voisine.

Quittant l'hôpital à 21h20, elle arrive à la clinique 25 minutes plus tard. Le médecin de garde note sur son observation qu'elle est couchée en chien de fusil et qu'elle se plaint de photophobie. Elle est opposante à l'examen clinique qui met en évidence une raideur de la nuque avec signe de Kernig et signe de Brudzinski. Absence de purpura. La température est de 39 °C et la patiente vomit. La pression artérielle est mesurée à 120/70 mmHg et la fréquence cardiaque à 105/ min. Vers 22h00, l'état clinique s'aggrave. La mère décrit une crise « d'agitation », vraisemblablement une crise convulsive suivie d'un coma aréactif aux stimulations douloureuses mais agité. Une injection de 60 mg de Solumédrol® est faite.

Après appel du SAMU à 22h45, la patiente est retransférée au centre hospitalier où elle arrive une heure plus tard. Elle est immédiatement intubée et mise sous ventilation assistée. Un scanner cérébral pratiqué en urgence ne révèle pas d'anomalie. Une antibiothérapie IV par Céfotaxime est débutée et la PL confirme le diagnostic de méningite purulente : liquide louche, contenant 2 500 globules blancs/mm³ dont 98 % de polynucléaires neutrophiles ; protéinorachie à 4,07 g/l, glycorachie indosable. Présence de cocci gram négatif en grains de café : méningocoque identifié comme appartenant au groupe C. Le même germe est isolé dans deux hémocultures pratiquées au cours de la nuit.

Le 19 janvier à 07h 20, des troubles neurovégétatifs apparaissent ainsi qu'une mydriase aréactive. Le scanner cérébral révèle un important œdème cérébral avec disparition des citernes de la base. Le diagnostic de mort cérébrale est posé dans l'après-midi.

Décès le 20 janvier à 15h00.

L'enquête épidémiologique est négative et conclut à un cas sporadique.

Saisine de la CRCI par les parents de la victime en juin 2007

Analyse

Ce matériel est réservé à un usage privé ou d'enseignement. Il reste la propriété de la Prévention Médicale, et ne peut en aucun cas faire l'objet d'une transaction commerciale.

[Télécharger l'exercice \(pdf - 28.46 Ko\)](http://www.prevention-medicale.org/content/download/3145/18399/version/1/file/modele-tableaux-cas-cliniques.pdf) (<http://www.prevention-medicale.org/content/download/3145/18399/version/1/file/modele-tableaux-cas-cliniques.pdf>)

[Retrouver l'analyse des barrières de prévention \(pdf - 16.62 Ko\)](http://www.prevention-medicale.org/content/download/3146/18404/version/1/file/Cas-clinique-medical-analyse.pdf) (<http://www.prevention-medicale.org/content/download/3146/18404/version/1/file/Cas-clinique-medical-analyse.pdf>)

Jugement

Expertise (novembre 2007)

Les experts, l'un, professeur des universités chef de service d'anesthésie-réanimation et le second professeur de médecine légale, estimaient que : « (...) Le décès de la patiente avait été favorisé par le retard de diagnostic et de traitement de la méningite par rapport aux premiers signes qui remontaient au soir du 17 janvier. En effet, la mortalité d'une infection méningococcique associant méningite et méningococcémie sans purpura fulminans, était habituellement inférieure à 10 %, avec un traitement adapté et précoce. Les premiers examens médicaux pratiqués par le généraliste à 17 h 45 et par l'urgentiste vers 18 h 00 avaient abouti au diagnostic erroné d'appendicite. L'attention des deux praticiens s'était focalisée sur les douleurs abdominales (vraisemblablement pariétales, en rapport avec des myalgies) et les vomissements. Or, il existait, cependant, déjà à ce stade, outre les signes infectieux, des céphalées, une asthénie intense et des accès de myalgies diffuses qui auraient pu attirer l'attention et permettre d'évoquer une autre hypothèse diagnostique. Lorsque la patiente était arrivée à la clinique, le tableau clinique était typique d'une méningite. La fièvre à 39 °C et l'apparition de convulsions plaident pour l'origine bactérienne du syndrome méningé. L'administration d'une antibiothérapie probabiliste aurait été justifiée avant même la ponction lombaire, mais il n'était pas certain, cependant, que l'évolution ultérieure aurait été différente. La suite de l'évolution en réanimation n'était pas étonnante compte-tenu des signes de gravité présents dès la réadmission aux urgences du centre hospitalier (...) »

Avis de la CRCI (février 2008)

Se fondant sur le rapport d'expertise, la CRCI retenait : « (...) Une insuffisance du généraliste et de l'urgentiste dans la démarche diagnostique, pour ne pas avoir évoqué (et vérifié) l'hypothèse de la méningite à un stade où les symptômes permettaient de l'envisager (...).

La CRCI estimait que la patiente avait perdu une chance estimée à 90 % d'éviter la mort et que la responsabilité du généraliste et de l'urgentiste se trouvait engagée respectivement dans 20 et 80 % du dommage réparable, fixé à 90 % de son étendue

Le 15 septembre 2008, l'assureur du médecin généraliste informait l'ONIAM qu'il contestait les termes de l'avis de la CRCI et qu'il n'entendait pas formuler d'offre d'indemnisation aux ayants droit de la patiente.

L'assureur soutenait qu'une erreur diagnostique est d'autant moins fautive que le diagnostic est difficile à établir, ce qui était le cas pour la méningite. Et surtout que le médecin généraliste avait pris la bonne décision en faisant hospitaliser la patiente car il n'avait pas les moyens d'aller plus loin dans la démarche diagnostique.

L'ONIAM se substituait à l'assureur pour indemniser les ayants droit de la patiente mais assignait l'assureur devant le Tribunal de grande instance

Tribunal de Grande Instance (février 2013)

Les magistrats rappelaient que : « (...) L'erreur de diagnostic ne constituait pas en soi automatiquement une faute de nature technique susceptible d'engager la responsabilité du médecin. Mais elle devenait fautive si elle était particulièrement grossière dans l'interprétation des symptômes ne pouvant être rattachés à la maladie diagnostiquée, ou si elle reposait sur un examen incomplet du malade, ou même si des examens étaient nécessaires avant de poser un diagnostic... L'erreur du médecin généraliste était liée à un examen parcellaire limité à l'abdomen alors qu'un examen neurologique et un examen de la nuque auraient permis de remettre en cause le diagnostic posé, et à une prise en compte parcellaire des doléances de la patiente qui se plaignait de nausées et de céphalées qui n'étaient pas caractéristiques d'une appendicite. Le médecin généraliste a orienté sa patiente vers l'hôpital avec un diagnostic d'appendicite, ce qui a conforté le médecin urgentiste dans sa propre erreur de diagnostic, médecin qui avait, lui aussi, commis une erreur de diagnostic fautive, plus grave car les signes étaient alors plus caractérisés et qu'il avait à sa disposition des moyens techniques que n'avait pas le médecin généraliste de ville. Comme l'avait fait remarquer l'ONIAM, en présence de céphalées et de fièvre, seule l'absence de raideur méningée permettait de justifier l'absence de réalisation d'une ponction lombaire permettant d'exclure ou de confirmer une méningite et pour cela, il fallait vérifier les signes méningés et, en particulier la raideur de la nuque, ce que le médecin généraliste n'avait pas fait, ni son confrère de l'hôpital (...) »

Les magistrats jugeaient que le médecin généraliste avait commis une faute médicale technique, consistant en une erreur fautive de diagnostic, aboutissant à un retard de diagnostic qui avait participé pour 20 % à la perte de chance de 90 % d'éviter le décès de la patiente

Condamnation à verser une indemnisation de 20 253 € à l'ONIAM

0 Commentaire

Publier un commentaire

Votre nom * (seule la 1ere lettre apparaitra)

Votre prénom *

Votre Profession

Votre Email * (non communiqué)

Votre commentaire *

Publier mon commentaire

A la une

Cas clinique du mois : sage-femme - obstétrique

Cas clinique médical – Mai 2014

**Diagnostic d'appendicite aiguë fait par généraliste et confirmé par urgentiste.
Décès par méningite. Qui est responsable ?**

Analyse approfondie

Analyse des barrières

BARRIERES DE PREVENTION	<i>Barrière prise en compte</i>	<i>Contribution relative</i>
<i>Diagnostic retenu prenant en compte la totalité des symptômes du patient</i>	NON, 1) Les céphalées, les douleurs diffuses, l'agitation ne font pas partie de la symptomatologie d'une appendicite aiguë 2) les céphalées sont le seul signe constant des méningites aiguës (référence 1)	Majeure
<i>Examen clinique complet</i>	NON absence de recherche de signes méningés et neurologiques Mais la raideur de la nuque, maître-symptôme des méningites aiguës peut être discrète, voire absente (référence 1)	Important
<i>Hospitalisation justifiée</i>	OUI	
BARRIERES DE RECUPERATION		
<i>Confirmation indispensable de tout diagnostic d'une affection chirurgicale par un chirurgien senior</i>	NON	Majeure
<i>En cas de transfert d'urgence d'un établissement hospitalier vers un autre, Contrôle systématique de l'état du patient (interrogatoire, examen clinique, constantes vitales) avant son installation dans le véhicule de transport</i>	NON, Or, il est peu vraisemblable que les signes évidents de méningite aiguë constatés à l'arrivée à la clinique soient apparus pendant les 25 minutes du transport	Majeure
BARRIERE D'ATTENUATION		
<i>En cas de méningite présumée bactérienne Antibiothérapie à instaurer idéalement dans l'heure qui suit l'arrivée à l'hôpital et, au plus tard dans les 3 heures (référence 2)</i>	OUI, dans les 2 heures suivant le diagnostic de méningite Mais, 5 heures après l'admission initiale	?

Pour aller plus loin

Ref 1 : http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca96/html/ca96_041/96_41.htm

Ref 2 :

<http://www.sfm.org/documents/consensus/2008-Meningites-court.pdf>

Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Défaut de compétence technique (Compétence médicale pure)	<i>Probable masquage cognitif (connaissance possédée mais non activée compte tenu du contexte trompeur)</i>	Modéré
Défauts de compétences non techniques (Compétences dans la gestion des tempos et des aspects non médicaux)	<i>Diagnostic fait par téléphone lors de l'appel de la mère de la patiente (sans contact avec cette dernière) Un seul diagnostic envisagé non remis en cause lors de l'examen ultérieur de la patiente</i>	Majeure
ANALYSE DETAILLEE		
Détail des défauts de compétences non techniques	La procédure d'analyse en tempos peut se retrouver dans le guide d'analyse des incidents accessible sur le site Prévention Médicale.	
Tempo de la maladie (éléments liés à l'évolution non standard de la pathologie)	<i>Méningite bactérienne avec symptômes inhabituels (douleurs abdominales localisées) et évolution gravissime (40 % de mortalité en cas de méningococcémie dans les 48 h au lieu de moins de 10 % en l'absence de septicémie) (New Engl J Med : 2001 ; 344 :1378-88)</i>	<i>Importante</i>
Tempo du système médical (éléments liés aux temps nécessaires pour obtenir les articulations nécessaires avec les autres professionnels de santé)	<i>Diagnostic fait par téléphone lors de l'appel de la mère de la patiente (sans contact avec cette dernière) Effet de masquage un seul diagnostic envisagé non remis en question lors de l'examen ultérieur de la patiente</i>	<i>Importante mais l'erreur de diagnostic aurait dû être corrigée à l'hôpital</i>
Tempo du cabinet (éléments liés à l'organisation du travail au cabinet)	<i>A priori, NON</i>	
Tempo du patient (éléments liés aux décisions du patient)	<i>NON</i>	

Causes profondes

Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Institutionnel (contexte économique réglementaire)	NON	
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<i>Absence (ou non-respect) du protocole imposant que tout diagnostic d'une urgence chirurgicale soit confirmé par un chirurgien senior</i>	<i>Importante</i>
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	?	
Equipe (communication, supervision, formation)	<i>Absence de demande de l'urgentiste au chirurgien senior de garde de venir confirmer (ou non) le diagnostic d'urgence chirurgicale</i>	Majeure
Individus (compétences individuelles)	<i>Urgentiste -non-remise en cause du diagnostic du généraliste -examen clinique incomplet</i>	<i>Importante</i>
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	<i>Urgentiste -absence de surveillance de la patiente avant son transfert et surtout au moment de son départ pour la clinique</i>	Majeure
Patients (comportements, gravité)	<i>Evolution suraiguë (décès en moins de 48 h)</i>	<i>Importante</i>